

## Solicitud de Guardián para Servicios de Mantenimiento Infantil

(Guardian's Application for Child Support Services)

**Nombre del guardián que solicita servicios (Apellido, nombre, inicial)**

**Relación con el niño o niños:**

**DATE STAMP**  
(for office use only)

Fee Paid \$ \_\_\_\_\_ Rept. \_\_\_\_\_

### Tome nota que:

- Si usted es el padre/madre del niño debe completar el formulario *Parent's Application for Child Support Services*.
- La información de este formulario (incluyendo adjuntos) sólo se compartirá con otras personas para la administración del programa de mantenimiento infantil y otros programas relacionados [Wis. Statutes, s. 49.83].
- Cómo completar este formulario:
  - ◆ Complete el formulario lo mejor que usted pueda.
  - ◆ Los niños para quienes usted pide servicios en la página 5, sección 5, deben tener el mismo padre y madre. Si los niños tienen una madre o un padre diferente, complete formularios separados.
  - ◆ Si no sabe o no está segura/o de alguna información, puede dejar el espacio en blanco.
  - ◆ Mientras más información sepa el agente de su caso, mejor será el trabajo que podrá hacer para usted.
  - ◆ Si quiere hacer alguna pregunta sobre este formulario, llame a la agencia de mantenimiento infantil.

**Servicios solicitados:** Las normas federales requieren que las agencias de mantenimiento infantil provean todos los servicios necesarios para el caso. Si usted recibe Medicaid, puede escoger "Sólo Ayuda Medicaid". También puede escoger "Sólo servicios para ubicar al padre/madre".

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios de mantenimiento infantil       | <input type="checkbox"/> Paternidad (paternidad legal) |
| <input type="checkbox"/> Sólo servicios para ubicar al padre/madre | <input type="checkbox"/> Sólo ayuda Medicaid           |

**Si usted tiene una Orden de Mantenimiento Infantil o cartas de custodia para el niño o niños anotados en este formulario,** anote la información abajo y adjunte copias de la orden judicial, sentencias, decretos o estipulaciones que traten de mantenimiento infantil. Si tiene una orden diferente para cada niño, anote la información en la página 7).

Orden del condado/estado \_\_\_\_\_ Cantidad mensual ordenada \$ \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE

Si el niño/a fue concebido o nació durante el matrimonio, el esposo es el padre legal. Si usted cree que otra persona y no el esposo puede ser el padre biológico, anote la información de esa persona\* abajo.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número Seguro Social \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/código postal \_\_\_\_\_

\* La información del padre y la madre anotada en el resto del formulario, debe ser información del esposo y esposa casados y no información de esta persona.

**SECCIÓN 1 – Información sobre USTED, el guardián que solicita los servicios**

Nombre soltera/o o alias (si tiene)		Fecha Nacimiento	Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
<b>1. Lugar Nacimiento</b>	Ciudad	Condado		
	Estado	País		

**2. Raza/origen étnico/incapacidad** (Esta información es sólo para comunicación federal. No responda si no quiere. Si no responde, **no** afectará los servicios ofrecidos a usted).

- Caucásico/Blanco                       Hispano/Latino                       Nativo Americano/Nativo de Alaska  
 Negro/Africano Americano               Asiático                                       Nativo Hawai/Otra Isla del Pacífico  
 Otro (Anote todo lo que corresponda)

¿Tiene alguna incapacidad?       Sí       No      Si responde Sí, describa

**3. Marque los servicios que está recibiendo o que ha recibido**

- |                        |                             |                             |             |                             |                             |      |                             |                             |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|------|-----------------------------|-----------------------------|
| Mantenimiento Infantil | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Child Care  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | W-2  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Medicaid               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Food Stamps | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | AFDC | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Kinship Care           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |             |                             |                             |      |                             |                             |

Estado(s) donde recibió estos servicios:

<b>4. Teléfono de su casa</b> ( ) ( ) ( )	<b>5. Teléfono celular</b> ( ) ( ) ( )	<b>6. Teléfono del trabajo</b> ( ) ( ) ( )	<b>7. Horas que trabaja</b>
--	---	---	-----------------------------

**8. Dirección de correo**

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

**9. Dirección residencia (casa)** (si es diferente de la de arriba)

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

**10. Información del trabajo**

Nombre empleador

Número de teléfono ( ) ( ) ( )	Número de Fax ( ) ( ) ( )
-----------------------------------	------------------------------

Dirección

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

¿Tiene Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están cubiertos los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prima \$	Por
--	--	----------	-----

¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto \$	Cargo que usted ocupa
--	------------------	-----------------------

Fecha inicio	Licencia ocupacional/profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí, que tipo
--------------	---	--------------------------

**11. Miembro Fuerzas Armadas**  Sí     No    Si es sí     Activo     Retirado    Rama

Desde                      Hasta                      Beneficio veterano     Sí     No

**SECTION 2 – Información de los PADRES**

**12. Relación actual** de los padres entre ellos

- Casados     Separados     Divorciados     Anulados     Nunca casados     Otro (especifique)

Fecha	Estado	Condado
-------	--------	---------

**SECCIÓN 3 – Información de la MADRE****Apellido, nombre, inicial de la madre**

Nombre de soltera o alias (si tiene)	Fecha Nacimiento	Número Seguro Social
--------------------------------------	------------------	----------------------

<b>13. Lugar Nacimiento</b>	Ciudad	Condado
	Estado	País

<b>14. Teléfono de su casa</b> ( ) ( ) ( )	<b>15. Teléfono celular</b> ( ) ( ) ( )	<b>16. Teléfono del trabajo</b> ( ) ( ) ( )	<b>17. Horas que trabaja</b>
---	--	--	------------------------------

<b>18. Dirección de correo</b>	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>19. Dirección residencia (casa) si es diferente de la de arriba</b>	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>20. Información del trabajo</b>	
Nombre empleador	
Número de teléfono ( ) ( ) ( )	Número de Fax ( ) ( ) ( )
Dirección	
Ciudad	Estado/Código postal

¿Tiene Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están cubiertos los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prima \$	Por
¿Con qué frecuencia le pagan a la madre? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto \$	Cargo que ocupa	
Fecha inicio	Licencia ocupacional/profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí, que tipo:	

<b>Miembro Fuerzas Armadas</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Retirada	Rama
Desde	Hasta	Beneficio veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>21. Otros hijos de esta madre (no anotados en la Sección 5, Página 5)</b>			
Nombre		Fecha Nacimiento	

**22. Si se desconoce la ubicación de la MADRE:** Anote la información de abajo y toda otra información que usted crea sirve para encontrar a la Madre. Incluya direcciones de familiares y el ingreso y capital y bienes que la madre pueda tener. Incluya toda información adicional en la página 2. **Si tiene una foto de la madre, también inclúyala.**

Marcas notorias (tatuajes, cicatrices, lunares de nacimiento)				
Altura	Peso	Raza	Color Pelo	Color Ojos
¿Ha sido la madre arrestada o condenada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de arresto o condena		
Ciudad y estado del arresto o condena		Nombre del agente de libertad condicional		
Nombre de la madre de esta madre (apellido, nombre, inicial, apellido de soltera)				
Nombre del padre de esta madre (apellido, nombre, incial)				

**SECCIÓN 4 – Información del PADRE (Vea la nota marcada “Importante” abajo de la página 1.)****Apellido, nombre, inicial, sufijo (jr.) del padre**

Alias (si tiene)	Fecha Nacimiento	Número Seguro Social
------------------	------------------	----------------------

<b>23. Lugar Nacimiento</b>	Ciudad	Condado
	Estado	País

<b>24. Teléfono de su casa</b> ( ) ( ) ( )	<b>25. Teléfono celular</b> ( ) ( ) ( )	<b>26. Teléfono del trabajo</b> ( ) ( ) ( )	<b>27. Horas que trabaja</b>
---	--	--	------------------------------

<b>28. Dirección de correo</b>	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>29. Dirección residencia (casa) (si es diferente de la de arriba)</b>	
Ciudad	Estado/Código postal

<b>30. Información del trabajo</b>	
Nombre empleador	
Número de teléfono ( ) ( ) ( )	Número de Fax ( ) ( ) ( )
Dirección	
Ciudad	Estado/Código postal

¿Tiene Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están cubiertos los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prima \$	Por
¿Con qué frecuencia le pagan al padre? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto \$	Cargo que ocupa	
Fecha inicio	Licencia ocupacional/profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí, que tipo:	

<b>Miembro Fuerzas Armadas</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama
Desde	Hasta	Beneficios veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>31. Otros hijos de este padre (no anotados en Sección 5, Página 2)</b>			
Nombre		Fecha Nacimiento	

**32. Si se desconoce la ubicación del PADRE:** Anote la información de abajo y toda otra información que usted crea sirve para encontrar al Padre. Incluya direcciones de familiares y el ingreso y capital y bienes que el padre pueda tener. Incluya toda información adicional en la página 2. **Si tiene una foto del padre, también inclúyala.**

Marcas notorias (tatuajes, cicatrices, lunares de nacimiento)				
Altura	Peso	Raza	Color pelo	Color ojos

¿Ha sido el padre arrestado o condenado alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de arresto o condena
Ciudad y estado de arresto o condena	Nombre de agente de libertad condicional

Nombre de la madre de este padre (apellido, nombre, inicial, apellido de soltera)

Nombre del padre de este padre (apellido, nombre, inicial)

**SECCIÓN 5 – Información de los NIÑOS para quienes solicita servicios** (La madre y el padre de estos niños deben estar anotados en este formulario en las páginas 2 y 2 en -Secciones 3 y 4). Para más de tres (3) niños, use página 2.

**33. Nombre del primer niño/a** (apellido, nombre, inicial, (Jr.))

Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional)	Fecha Nacimiento
Si los padres no están casados, ¿se estableció paternidad legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a Beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es sí, cantidad mensual \$
Si este niño/a está en escuela secundaria, fecha de graduación: Mes Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Vive con usted el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene usted custodia legal del niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**34. Nombre del Segundo niño** (apellido, nombre, inicial, (Jr.))

Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional)	Fecha Nacimiento
Si los padres no están casados, ¿se estableció paternidad legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a Beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es sí, cantidad mensual \$
Si este niño/a está en escuela secundaria, fecha de graduación: Mes Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Vive con usted el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene usted custodia legal del niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**35. Nombre del tercer niño/a** (apellido, nombre, inicial, (Jr.))

Número Seguro Social	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional)	Fecha Nacimiento
Si los padres no están casados, ¿se estableció paternidad legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a Beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es sí, cantidad mensual \$
Si este niño/a está en escuela secundaria, fecha de graduación: Mes Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Vive con usted el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene usted custodia legal del niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Números de Seguro Social:** Es obligatorio dar su número de Seguro Social bajo la Sección 466(a) (42U.S.C.666(a)). Su número de Seguro Social se usará sólo para identificación. Si usted no nos da su número de Seguro Social, su solicitud será negada.

**Información de intercepción de impuestos:** Yo entiendo que el Programa de Mantenimiento Infantil de Wisconsin presentará todas las deudas de mantenimiento certificables y atrasadas al programa de intercepción de impuesto/lotería.

Yo entiendo que si recibo del padre/madre dinero de devolución de impuesto interceptado que más tarde lo pide el Servicio de Impuestos Internos federal (IRS) o el Departamento de Impuestos del estado (DOR), yo debo devolver inmediatamente el dinero. Si no puedo pagar todo el dinero de una vez, seguiré un plan de pago hasta que se haya pagado la cantidad total. (Si se pide el dinero de devolución de impuesto, usted recibirá una carta con información para devolver el dinero y como arreglar un plan de pago).

Si el cobro de impuesto interceptado es por lo menos \$10, yo entiendo que un cobro del 10%, hasta \$25, se descontará del cobro de intercepción de impuesto.

**Órdenes de mantenimiento infantil:** Yo entiendo que la ley no permite órdenes de porcentaje en casos de la agencia de mantenimiento infantil.

Estoy abriendo un nuevo caso de mantenimiento o reabriendo un caso de mantenimiento cerrado en la agencia de mantenimiento infantil y tengo una orden de porcentaje. Yo entiendo que la agencia no es responsable de reconciliar la orden.

La agencia de mantenimiento infantil tendrá que cambiar la orden de porcentaje a una orden en dólares. Al presentar esta solicitud, yo estoy de acuerdo en cooperar con la agencia para cambiar la orden.

**Renuncia:** El estado de Wisconsin presentará las medidas judiciales o administrativas necesarias para establecer la paternidad legal o para establecer o hacer cumplir una orden de mantenimiento. Sin embargo el **abogado de mantenimiento infantil no la representa a usted ni al padre**, sino que representa el interés que tiene el estado en hacer cumplir la orden.

Yo aquí pido servicios de mantenimiento infantil bajo el Programa “Child Support Enforcement Program” según Title IV-D de la ley de Seguro Social. Yo entiendo que debo cooperar con la agencia de mantenimiento infantil dando toda la información relacionada a mi caso y asistiendo a todas las citas con la agencia.

Firma	Fecha firma
-------	-------------

**Incluya copias de cartas de custodia y órdenes de la corte, sentencia, decretos o estipulaciones relacionados a mantenimiento infantil. Todo cambio de esta información debe enviarse, por escrito, a la agencia de mantenimiento infantil donde usted solicitó los servicios.**

DWD es empleador y provee servicios con igualdad de oportunidades. Si usted tiene alguna discapacidad y necesita esta información en formato alternativo, o traducido a otro idioma, llame al teléfono (608) 266-9909 ó (800) 947-3529 TTY (Gratis).

Para hacer preguntas de Derechos Civiles, llame al teléfono (608) 266-9909 ó (800) 947-3529 (Gratis).

